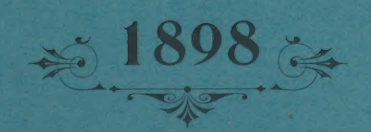
Sr. Br. don Guillermo Cruz P.

J. E. MONTALVO.

EL CURAGE



GUATEMALA, C. A.

TIPOGRAFIA SANCHEZ & DE GUISE
Calle del Carmen, Número 24 — Octava Avenida Sur.
Teléfono Número 205

EL CURAGE

TESIS

PRESENTADA Á LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

MÉDICO Y CIRUJANO

POR

JOSÉ E. MONTALVO,

Ex-interno de los Servicios 1.º de Cirugía y 1.º de Medicina del Hospital General — Ex-preparador y conservador de los Laboratorios de Bacteriología y Física de la Escuela de Medicina — Ex-ayudante del Médico Municipal, durante la última epidemia de Coqueluche — Preparador del Laboratorio Químico de la Escuela de Medicina, y Practicante de los Hospitales de la Penitenciaría y Casa de Recogidas de la Capital.

GUATEMALA: JULIO DE 1898.

TIPOGRAFÍA «SÁNCHEZ & DE GUISE»
Calle del Carmen, número 24.—8a. Avenida Sur.
Teléfono No 205

JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

PROPIETARIOS

DECANO..........	Doctor	Don	Juan J. Ortega.
VOCAL 1º........	"	"	Mariano Fernández P.
VOCAL 2º........	"	"	Samuel González.
VOCAL 3º........	"	"	Salvador Saravia.
VOCAL 4º........	"	"	Leopoldo Mancilla.
SECRETARIO......	"	"	Luis Toledo Herrarte.

SUPLENTES

DECANO..........	Doctor	Don	Mariano Trabanino.
VOCAL 1º........	"	"	Juan I. Toledo.
VOCAL 2º........	"	"	Nicolás Zúñiga.
VOCAL 3º........	"	"	Mariano S. Montenegro.
VOCAL 4º........	"	"	Manuel Monge.
SECRETARIO......	"	"	J. Roberto Molina.

TRIBUNAL

QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PRIVADO.

DECANO..........	Doctor	Don	Juan J. Ortega.
VOCALES.......	"	"	J. Luis Estrada.
	"	"	Demetrio Orantes.
	"	"	José Llerena.
SECRETARIO......	"	"	Luis Toledo Herrarte.

NOTA.—Sólo los candidatos son responsables de las doctrinas consignadas en las tesis. (Artículo 286 de la Ley de Instrucción Pública.)



A mi querido amigo y distinguido compañero Guillermo Cruz, un recuerdo de su afº.

J. E. Montalvo

A mis padres

Don Eugenio Montalvo

y

Doña Dolores Guerra de Montalvo.

A mis tíos

Manuel y Mercedes Guerra G.

y

Al Señor

Don Francisco Barnoya.

A mis distinguidos maestros

Doctores Don Juan J. Ortega,

Don Mariano Fernández Padilla,

Don Samuel González, y

Don Domingo Alvarez.

Honorable Junta Directiva:

En estos momentos en que me presento ante vosotros, dos sentimientos distintos me dominan: la satisfacción que naturalmente embarga mi ánimo, al ver que pronto van á ser una realidad mis más vehementes aspiraciones; la honda pena que no puedo dejar de sentir al someter á vuestra ilustrada consideración este imperfecto trabajo. Si el deber no me obligara á hacerlo, quizás habría prescindido de ello.

Permitidme que antes de pasar adelante, dedique un recuerdo de cariño hacia mis padres queridos por el constante afán, por los muchos esfuerzos y sacrificios que siempre han hecho con el objeto de que llegase, al término de mi carrera. A mis maestros, y muy especialmente al Doctor don Juan J. Ortega, no puedo menos que hacerles presente mi gratitud por el desinterés que han demostrado para transmitirme sus valiosos conocimientos.

Pecaría de ingrato, si hoy que me preparo á retirarme de esta Escuela, no consagrara siquiera unas pocas palabras hacia mis compañeros, que han sabido compartir conmigo no sólo los goces sino también las constantes amarguras del estudiante; reciban un recuerdo cariñoso, de quien hoy con profunda tristeza se separa de ellos.

Consideraciones generales.

Durante nuestra asistencia al Servicio de la Maternidad del Hospital General, hemos tenido ocasión de observar los benéficos resultados de un procedimiento, nuevamente empleado entre nosotros, para la extracción de la placenta en los casos en que ésta, por alguna causa cualquiera, sea retenida en la cavidad uterina: es el *curage.* Las grandes ventajas que este procedimiento tiene sobre el legrado, método comunmente seguido en ciertas y determinadas circunstancias, ya sea evitando una serie de accidentes y complicaciones graves, ya haciendo la curación más rápida, así como los pocos datos que acerca de él hemos podido encontrar en los autores que hemos consultado, nos indujeron á emprender este trabajo.



El *curage* es una operación que tiene por objeto evacuar el contenido del útero, por medio de uno ó más dedos introducidos en la cavidad uterina; es en el instrumento que opera en lo que se diferencia del legrado: el primero, es practicado por medio de un instrumento especial, la cucharilla; el segundo, valiéndose del dedo y más que de éste, de la uña; ambas tienen por objeto raspar el músculo uterino y desembarazarlo de su contenido, ambas tienen también las mismas indicaciones, pero no presentan los dos idénticos resultados.

Si investigamos la edad del *curage* á través de la historia de la cirugía, encontramos que es una operación muy moderna, de nuestros días; los autores antiguos y muchos contemporáneos, nada, absolutamente nada nos dicen acerca de este asunto. No fué sino hasta que Pinard y Wallich, después de una serie de trabajos y observaciones á este respecto, vinieron á poner de manifiesto lo que es el *curage*, en qué consiste y cuáles son sus indicaciones.

Con respecto á la conducta que debe observarse en los casos de aborto con retención de la placenta, se han suscitado vivas discusiones; algunos tocólogos sostienen que la conducta del médico es solamente la expectación; que no se debe intervenir de ninguna manera, pues toda intervención no prestaría utilidad, y sí por el contrario sería peligrosa y aún nociva, dando lugar á serias complicaciones y á accidentes más ó menos notables. En apoyo de este aserto, se cita la teoría de que la placenta no sufre la putrefacción en la cavidad uterina, y que por lo tanto, no puede ser el foco de donde emanen principios sépticos; más bien, sostienen que las membranas ó bien continúan viviendo y nutriéndose en la cavidad uterina ó que sufren la transformación grasosa, pudiendo de esta manera ser reabsorbida. Más tarde, encontramos como tratamiento en los casos de retención, el raspado con la cucharilla del que Doleris se ha constituido en defensor y la extracción por medio del dedo; es de este último procedimiento, del cual no es sino una modificación, de donde, indudablemente, ha nacido el *curage*. Como es natural, á ambos procedimien-

tos se han opuesto serias y graves objeciones, se les ha tratado de inperfectos y aún de inútiles, y más que todo, peligrosos, ya por las lesiones que son capaces de producir en el útero, ya porque son una puerta de entrada al enemigo más poderoso y temido en tales circunstancias, á la infección. Más adelante tendremos ocasión de analizar cada uno de estos procedimientos, indicando sus ventajas y sus inconvenientes.

Manual operatorio.

Para practicar el *curage* es necesario y casi pudiéramos decir, indispensable, recurrir á la anestesia clorofórmica, á pesar de los inconvenientes que tal agente tiene en casos de esta índole por temor á una hemorragia; sin embargo, el cloroformo en el *curage* no presenta las serias contraindicaciones que en el raspado con la cucharilla, pues esta dislacera, desgarra el tejido propio del órgano y rompe sus vasos, cosa que no sucede con el *curage*, que no hace más que separar y quitar los cotiledones placentarios, verdaderos cuerpos extraños, los cuales se desprenden, después de un trabajo suave y metódico que no interesa en nada y no lleva ataques serios á la mucosa uterina. El cloroformo es indispensable para practicar el *curage*, pues hay necesidad de introducir la mano entera en la vagina y dos dedos en la cavidad del útero, lo cual es sumamente doloroso; hay que tener también en cuenta que en una mujer cuyas partes geni-

tales no hayan sido distendidas por un parto reciente, la maniobra en cuestión es sumamente difícil. Además, después del aborto, el útero que no ha llegado al término del desarrollo, no ha sufrido el mismo desenvolvimiento que al fin del embarazo, su pared tiene una tonicidad muy grande, un estado de contracción tan intenso que es muy difícil vencer para poder penetrar en la cavidad uterina.

Vista de una manera tan clara, la necesidad de la anestesia en casos semejantes y el ningún peligro que presenta, podemos concluir que siempre que se recurra al *curage*, debe procederse á la anestesia previa, haciendo de esta manera mucho más fácil y expedita la operación y evitando los dolores á la enferma.

Estando la mujer anestesiada y colocada en la posición obstétrica, se practica la antisepsia de la vulva y la vagina, haciendo préviamente el cateterismo de la vejiga; se procede en seguida á un lavado intra-uterino, el cual debe ser bastante prolongado y llevado á cabo con una solución antiséptica caliente. Cuando estos trabajos preliminares han sido tomados, se lleva una mano hacia la pared abdominal y por encima de la sínfisis pubiana, de tal manera que fije el útero á través de la pared; la otra mano préviamente engrasada con vaselina sublimada se introduce en la vagina después de haber reunido los dedos en forma de cono. El índice y el medio de esta mano van á buscar el orificio del cuello y penetran en él suavemente y sin violencia. Estos dos dedos van en busca de la placenta ó detritus placentarios y los desprenden en

tanto que la mano exterior presta al útero un sólido apoyo que le impide escaparse á la acción de los dedos que maniobran en la cavidad uterina. Cuando se siente que el desprendimiento de la placenta ha sido completo, se le saca de la cavidad; sin embargo, puede incurrirse en un error y para evitarlo es necesario volver los dedos á la cavidad y explorarla completamente hasta que toda la superficie esté lisa. Esta revisión constituye la parte más delicada de la operación y debe por lo tanto, hacerse con cuidado y detenimiento; es muy importante, pues una porción de placenta puede quedar encerrada en un repliegue de la mucosa, acantonada allí por la contracción uterina, la cual adelgaza el útero al nivel en que ésta está adherida, engrosándola al rededor, de tal manera que puede sentirse al tacto una percepción falsa; por este motivo es que la revisión de la cavidad así como el desprendimiento de la placenta, deben hacerse únicamente en el intervalo de las contracciones. Es conveniente que esta revista se haga nuevamente con la mano contraria á la que ha servido para hacer el *curage*, préviamente lavada. Puede suceder en gran número de casos, que durante el curso de la operación, se presenten grandes dificultades para abordar los cotiledones adherentes y desprenderlos; en tales circunstancias no se debe vacilar, hay que lavarse las manos y proceder al desprendimiento con la otra mano.

Una vez que la cavidad uterina está vacía y ha sido cuidadosamente limpiada de detritus de placenta, se puede decir que la operación está ter-

minada; no queda más que practicar una inyección intra-uterina y colocar una mecha de gasa yodoformada ó salolada en la cavidad.

Antes de dar principio al *curage* conviene siempre practicar un examen de la cavidad uterina. Después de un aborto y en presencia de accidentes sépticos, antes de anestesiar á la enferma, con el objeto de practicar, ya sea el examen digital intra-uterino ó ya el *curage*, debemos asegurarnos por el tacto, que el cuello del útero está suficientemente dilatado ó que sea perfectamente dilatable para permitir la entrada de los dos dedos que nos van á servir para practicar la operación. Generalmente, este simple tacto nos permite darnos cuenta del cuello, el cual se encuentra reblandecido y suficientemente dilatable, lo que nos indica que la operación puede ser llevada á efecto inmediatamente.

Pero en gran número de casos encontraremos que este orificio está completamente cerrado; hay más: cuando el aborto ha tenido lugar muchos días antes, el cuello se retrae, otras veces es poco dilatable y sus dimensiones no permiten la entrada de los dos dedos. En tales circunstancias y cuando se hace preciso intervenir de una manera pronta, se puede hacer la dilatación por medio de las sondas de Hégar, prévia anestesia clorofórmica; pero cuando pueda esperarse algunas horas, es más prudente y dá mejores resultados, la colocación en la cavidad uterina de un pequeño modelo del balón de Champetier de Ribes que se ensanchará completamente de una vez, teniendo cuidado de desinflarlo un poco si no se producen contracciones ute-

rinas. Cuando el balón sea expulsado, se tendrá el orificio del cuello, y según el volúmen del balón dilatado, como una pieza de dos ó de cinco francos. A través de un agujero de tales dimensiones es ya bastante fácil introducir los dedos en la cavidad uterina y proceder al raspado y limpiado de la misma. Muchas veces la simple aplicación del balón es suficiente para que la placenta se desprenda y salga, haciendo de este modo innecesaria toda otra intervención.

Cuidados consecutivos.

Después del *curage*, la mujer no debe ser abandonada; debemos vigilarla por el temor de que venga una hemorragia, por lo menos, dentro de una hora ó dos; debemos observar el útero de tiempo en tiempo, si está duro, si no hay derrame sanguíneo á través del tapón de la vulva, y en fin, si no se presentan fenómenos sincopales. Si desgraciadamente la hemorragia aparece y si toma un carácter inquietante grave, será necesario retirar inmediatamente el tapón de gasa introducido en la cavidad y practicar una inyección intra-uterina caliente á 48°. Esto es, en la mayor parte de los casos, suficiente para detener la salida del líquido sanguíneo.

Bajo el punto de vista de los cuidados que siguen al *curage*, se pueden dividir las operadas en dos categorías:

1.º Las que después de la operación presentan una caída definitiva de la temperatura y un descenso del pulso; y

2º Las que continúan teniendo elevación de temperatura y pulso frecuente. Este último caso es más raro.

En el primero de los casos, cuál es la conducta que debe observarse? Después de veinticuatro horas de practicada la operación se debe retirar la gasa que se había dejado en el útero, y se hace una inyección intra-uterina; no es necesario colocar de nuevo la mecha ni volver á practicar inyecciones intra-uterinas, debemos contentarnos únicamente con hacer durante varios días, dos ó tres, por lo menos, inyecciones vaginales y tener cuidado del aseo de los órganos genitales externos.

En el segundo caso en que la temperatura permanece por encima de la normal, pueden producirse dos cosas: ó bien permanece elevada y desciende poco á poco, con suma lentitud hasta llegar á la normal, ó bien de momento hay una caída brusca, pero más tarde la temperatura se eleva y aun pasa á la temperatura observada antes de la operación. Podemos entonces dividir esta segunda variedad en dos: tipo de caída progresiva y tipo de temperatura ascendente. El conocimiento y observación de estos dos tipos nos es de suma importancia bajo el punto de vista del pronóstico y de los ciudados que hay que dar á la operada.

Cuando la temperatura toma el carácter de caída progresiva, nos demuestra que la acción del *curage* ha sido eficaz, puesto que la temperatura baja sin elevarse de nuevo por encima de la normal; esta caída se hace progresiva y paulatinamente en dos, tres, cuatro ó cinco días con lige-

ras remisiones, teniendo la particularidad que nunca asciende por encima del punto en que se hallaba antes de la operación. Esta caída progresiva se explica por el hecho de una eliminación lenta del veneno ya absorbido antes de la intervención local. Siempre que la caída de la temperatura afecte esta marcha, es necesario que cada veinticuatro horas y durante todo el tiempo que tarde en volver á la normal, se practique una inyección intra-uterina é inyecciones vaginales, por lo menos, tres veces al día.

La última de las variedades de que hemos hecho mención es el tipo ascendente. En este se pueden notar muchas variaciones; la ascensión se hace por encima del punto en que se encontraba antes del *curage*, y veinticuatro horas después ó más tarde. Esta ascensión puede haber sido precedida de una caída momentánea ó bien puede hacerse de una manera directa y progresiva; cualquiera que sea el día en que se produzca esta elevación, nos hace pensar en una reinfección ó en una desinfección imperfecta, y debemos preguntarnos si el *curage* ha sido suficiente. Es útil é indispensable en estos casos recurrir inmediatamente al raspado con la cucharilla, el cual casi siempre es suficiente para que la temperatura descienda, el orden se establezca y la enferma marche hacia la curación. Los cuidados son los mismos según que la temperatura camine como en los casos anteriormente mencionados; pero si á pesar de esto, la temperatura permanece elevada, habrá necesariamente que recurrir á un nuevo raspado y á instalar la irrigación continua.

Accidentes y complicaciones.

Las serias complicaciones á que puede dar lugar la operación de que tratamos son: la hemorragia y la infección; la una muy rara, pues muy pocas veces se ha observado en esta intervención; la otra, tiende á desaparecer más cada día con los cuidados de la antisepsia.

Los accidentes que pueden presentarse, son los de todas las intervenciones del útero y tienen lugar durante la irrigación intra-uterina. Vamos á pasarlas en revista; son las siguientes:

1.º *Penetración del líquido en el peritoneo por las trompas.*—Este accidente, á pesar de ser excepcional, puede producirse. Según algunos observadores, se necesitaría una presión muy vigorosa para que el líquido pudiese pasar al peritoneo, sería muchas veces necesaria la ligadura del cuello sobre la cánula. Sin embargo, según Vidal de Cassis, que ha experimentado á este respecto, dice que todo depende de la permeabilidad de las trompas y éstas pueden ofrecerla á muy diversos grados. Varios otros experimentadores han concluido que este accidente puede producirse en condiciones aún indeterminadas y cuando el operador se aleja de las prácticas aconsejadas para la inyección; así, las presiones muy excesivas como la de una columna de agua de dos metros de altura unida á una permeabilidad anormal del útero, pueden llevarla á cabo.

2.º *Penetración del líquido en los senos venosos.* —Esta penetración no es dudosa y el hecho es demostrado más bien por la observación clínica que por los trabajos experimentales. Las experiencias verificadas por el profesor Tissier han demostrado que una presión muy ligera es suficiente para producir la penetración, la cual puede efectuarse elevando el inyectador á 40 centímetros por encima de la pelvis del cadáver; para que esto suceda, es necesario practicar la ligadura del cuello sobre la sonda, pero afortunamente no son éstas las condiciones de la práctica; si esto fuera todo, nada habría que temer, pues entonces el cuello del útero está suficientemente abierto; pero el cuerpo de este mismo órgano puede sufrir contracciones que detienen el retorno del líquido hacia afuera y entonces se siente la sonda quieta, fijada sólidamente por la contracción; ahora bien, esta contracción no puede substituir el papel de la ligadura, puesto que se extiende á todo el cuerpo, obturando así los orificios de la sonda y evitando la penetración del líquido; esta misma contracción hace desaparecer el orificio de los vasos uterinos. Es en el momento en que ésta se suspende cuando se verifica la penetración del líquido en los vasos.

Bajo el punto de vista clínico, la penetración es mucho más fácil de demostrar, puesto que pronto experimenta la mujer la sensación de gusto metálico y por el paso de la substancia en las orinas.

Resumiendo, podemos decir que el paso accidental del líquido de la inyección á los senos venosos uterinos está perfectamente demostrado, aunque

no se sepa á punto fijo las circunstancias que entran en juego para producir este accidente; sin embargo, debemos tener presente que coincide con el momento que sigue á la contracción uterina y cuando la presión ejercida por el líquido es excesiva. Para evitar esto, es necesario vigilar muy atentamente á la mujer en el momento de la inyección, fijarse en sus facciones, interrogarla cuidadosamente acerca de lo que siente y más que todo, tener cuidado de la sonda; en el momento en que ésta se sienta inmovilizada por una contracción, es necesario suspender, bajar el irrigador para volverlo á subir un poco de tiempo después que ésta haya pasado.

Hay un caso especial que favorece la producción de este accidente: cuando el útero ha contenido un huevo putrefacto y ha dado por consiguiente, lugar al desarrollo de gases sépticos, la fibra muscular está entonces modificada, hay una atonía del órgano. Cuando se conoce esta circunstancia, es fácil poner el remedio; basta practicar la primera inyección con un antiséptico muy débil, mejor aún, con agua hervida.

3º Entre los accidentes que pueden presentarse, hay uno que merece especial mención, puesto que es grave, mortal: es la entrada del aire en los senos uterinos, en las venas uterinas y en la vena cava. Este fenómeno es bastante raro y tiene más trazas de producirse cuanto más pronto se lleva á cabo la intervención uterina; así, el *curage* debe tratar de practicarse lo más pronto al tercero día después de la expulsión del feto, cuando los coágulos que obstruyen los orificios venosos hayan adqui-

rido mayor consistencia y corran por lo tanto, menos peligro de ser desprendidos por la uña, por lo menos en su parte profunda.

4.º Hay una serie de casos, donde en seguida de una intervención intra-uterina ó vaginal, se produce la muerte de la mujer sin que se encuentre á la autopsia la menor lesión que pueda explicar su causa. Este accidente ha sido observado algunas veces en seguida de las inyecciones intra-uterinas; pero muy á menudo se presenta fuera de esta intervención, y á propósito de maniobras abortivas, durante una inyección vaginal, con motivo de una versión y algunas veces simplemente en el tacto vaginal. La explicación de estos casos ha sido hecha por los fenómenos de inhibición que tienen por punto de partida el útero.

5.º Hay, por último, un accidente que aunque excepcional, no debemos pasarlo en silencio: es la perforación del útero con la sonda; ésta, conducida delicadamente, sin fuerza no podría penetrar en el tejido uterino, basta para esto recordar cuál es la consistencia del útero. Los accidentes de esta naturaleza son debidos más bien á la poca experiencia del operador cuando todo es normal, sin embargo hay que contar, bajo el punto de vista de este accidente, con dos órdenes de casos: desde luego aquellos en que el útero por haber contenido productos sépticos presenta una blandura y atonía especial de sus paredes. En tales circunstancias, la cánula debe ser introducida, manejada y mantenida con la mayor prudencia y retirada en casos de tos, vómitos, agitación y esfuerzos de cualquiera clase.

Además, la sonda puede ser dirigida hacia afuera de la cavidad uterina en casos de ruptura del cuello ó del segmento inferior; pero este accidente es reconocido bien pronto. La manera de reconocerlo es muy sencilla, pues cuando la sonda está en el útero, pueden suceder dos cosas; ó bien el órgano está flácido, y se siente el instrumento aplicando la mano sobre el vientre ó bien está sólidamente mantenido por la contracción uterina. Si se encuentra libre á pesar de la contracción y el líquido no regresa, es una prueba de que la sonda ha perforado el útero para introducirse en la cavidad abdominal y entonces es necesario retirarla inmediatamente.

En resumen, debemos manifestar, que el cirujano al practicar el *curage*, debe tener presente todos estos accidentes; debe obrar con una gran suavidad en sus maniobras de introducción de líquidos ó de instrumentos en la cavidad uterina; debe vigilar atentamente el estado de la mujer durante la operación, puesto que ya sabemos que estos accidentes en las circunstancias enunciadas son tan raros y sería inexcusable el permitir que se presentaran en intervenciones que, practicadas con cuidado, son del todo inofensivas.

Indicaciones.

Es después del aborto cuando se encuentran las indicaciones precisas del *curage*, y sucede así, porque casi siempre después de este acci-

dente queda la placenta adherida al músculo uterino. Si buscamos la causa de esta falta de desprendimiento, fácilmente la encontraremos; en efecto, para que esto se verifique necesitamos de varias causas: unas dependientes de la pared abdominal; las otras, del músculo uterino mismo.

Después de haber sido expulsado el producto de la concepción, el útero tiende á recobrar su forma es decir, que cada punto de su pared tiende á aproximarse al centro de la cavidad; para esto, necesita poner en juego la retractilidad, contractilidad y elasticidad; en un útero que ha llegado á término, estos tres elementos son muy poderosos; pero en uno que solo ha podido desarrollarse hasta el 3º, 4º ó 5º mes, no sucede lo mismo, puesto que en ellos éstos son sumamente débiles. El órgano no ha aumentado mucho de volumen, por lo cual los movimieutos de retracción para adquirir su primitiva forma y dimensiones son muy poco fuertes, además la elasticidad es muy pequeña. Si á esto agregamos que el escaso desarrollo del órgano le impide apoyarse de una manera franca sobre la pared abdominal y hacer que las contracciones de los músculos de esta región se verifiquen, tenemos explicado el por qué el primer tiempo de la expulsión de los anejos, no se produzca de una manera espontánea.

Ya que hemos pasado en revista las causas que hacen imposible el desprendimiento y expulsión de las membranas de la cavidad uterina, cabe hacer una pregunta. ¿Siempre que haya retención debemos intervenir, qué conducta debemos observar?

La conducta en estos casos ha sido muy discutida; algunos parteros créen que sobrevienen frecuentemente fenómenos de septicemia á consecuencia de la retención de la placenta en la cavidad uterina, y en tales circunstancias aconsejan intervenir siempre que después de algunas horas de expulsado el producto de la concepción, no lo hayan sido los anejos. Muchos procedimientos han sido aconsejados para esto: algunos recomiendan introducir el dedo en el útero, buscar la placenta, fragmentarla, desprenderla y extraerla; otros hacen penetrar pinzas romas; y otros, los mas numerosos emplean la cucharilla. A pesar de ser este último procedimiento el mejor de todos los mencionados, se le han hecho serias objeciones, ya de imperfección, ya dando lugar á accidentes. Más adelante haremos un estudio comparativo entre el raspado con la cucharilla y el raspado con la uña.

Otros, por el contrario, desechan toda intervención creyéndola inútil y dicen que la placenta es expulsada por fragmentos en los días que siguen al aborto y que su permanencia durante varios días en el útero, no da lugar á complicaciones de ninguna clase.

Ambos procederes son erróneos é insuficientes; lo que debemos hacer, es permanecer alerta y al menor síntoma alarmante, intervenir. Siempre que la temperatura se eleve por encima de la normal, lo cual nos haga sospechar que algún trabajo séptico principia, es necesario proceder sin vacilación y recurrir al *curage* como lo hemos indicado anteriormente. Esta sola intervención será suficiente para poner las cosas en orden.

Hemorragias.— Cuando después de un aborto, las membranas permanecen sin desprenderse en la cavidad uterina, nada sucede de anormal por de pronto; pero si por alguna causa cualquiera éstas son en parte desprendidas, entonces se producen hemorragias más ó menos violentas que ponen en peligro la vida de la enferma.

Fácil nos es explicarnos cómo estas hemorragias se producen; si recordamos las relaciones que existen entre el útero y la placenta y si tomamos en consideración la circulación útero-placentaria. La sangre materna viene á verterse á los senos uterinos, de donde es tomada por las vellosidades; si la placenta se desprende, natural es que en esta parte desprendida, los senos arrojen la sangre que contienen, hay más, en estas circunstancias quedan al descubierto lo vasos uterinos los cuales continúan vertiendo su sangre al exterior; para que estos orificios se obturen, se necesita que el útero se contraiga y que vuelva á su forma primitiva, pero como esto no puede suceder porque el órgano no está vacío, resulta de allí que la salida de sangre tendrá que ser constante.

En tales circunstancias no queda más que un recurso: debemos concluir el desprendimiento, y para esto recurrimos al *curage*, después del cual el útero vuelve á su forma y se detiene la hemorragia.

En las mujeres que han sufrido hemorragias abundantes la anemia que les es consecutiva, las pone en un estado de depresión muy marcado y crea de esta manera un terreno favorable, de menor resistencia á la infección. Se puede y se debe

entonces estimular enérgicamente el organismo y recurrir al empleo del alcohol, á dosis que en tiempo ordinario parecerían considerables. La excitación consecutiva es preferible á la depresión con tendencias sincopales que se observa en las grandes pérdidas de sangre. En estos casos, cuando el pulso es pequeño, acelerado, depresible, no solamente bajo el punto de vista de la anemia, sino en previsión de la resistencia que hay que dar al organismo y prepararlo contra la infección, podemos recurrir á dos métodos que dan excelentes resultados: las inhalaciones de oxígeno y las inyecciones de suero salino.

Bajo la influencia del oxígeno, el pulso se eleva y la depresión se atenúa; pero este efecto es muy pasajero, así es que debemos recurrir á las inyecciones de suero salino que dan magníficos resultados.

Estas inyecciones fueron practicadas por primera vez en intervenciones de la naturaleza de la que tratamos, en la Clínica Baudeloque, en las mujeres que presentaban shock operatorio; se usaba con este objeto un suero muy concreto que permitía hacer muy pequeño volumen.

No debe usarse así en las mujeres amenizadas, puesto que en ellas no se trata solamente de producir una excitación, sino también de reemplazar en la economía cierta cantidad del líquido perdido por la hemorragia y de volver á las condiciones normales, la masa total de la sangre.

La fórmula empleada por el Profesor Hayem, llena muy bien estas condiciones; es la siguiente:

Cloruro de sodio	5	gramos.
Sulfato de sodio.........	10	"
Agua esterilizada........	1,000	"

La inyección puede ser hecha llevando el líquido directamente á las venas ó por el tejido celular sub-cutáneo; la cantidad que habrá que inyectar puede ser hasta de un litro en veinticuatro horas por inyecciones de 200 gramos. El efecto del suero salino es inmediato, el pulso se eleva, se hace más lleno, la palidez disminuye y las tendencias sincopales cesan.

Consideraciones acerca de las ventajas que presenta el raspado con la uña (curage) sobre el raspado con la cucharilla (curettage.)

El método generalmente empleado con el objeto de desprender y extraer la placenta de la cavidad uterina, es el raspado con la cucharilla; sin embargo, este método presenta graves inconvenientes, que son subsanados por el raspado con la uña.

1º El curettage es imperfecto, pues es impotente para desprender detritus de placenta, sobre todo, cuando éstos se encuentran en alguno de los cuernos del útero. A pesar de un raspado atento,

es muy posible dejar porciones de placenta en el interior de la matriz; muchas veces después de haber raspado, lavado y cauterizado, se ve aparecer algunos días despues en las curaciones sucesivas, detritus placentarios; la cucharilla, obrando entonces á ciegas, es peligrosa.

2º La cucharilla es peligrosa por dos motivos: primero, porque abriendo la mucosa sana, da una gran puerta de entrada á la infección; segundo, porque no sólo destruye el tejido malo de la matriz, sino que penetra en el buen tejido, abriendo de este modo los vasos uterinos y exponiendo á la enferma al peligro de una hemorragia.

3º El manual operatorio es mucho más complicado que el del *curage* y los cuidados consecutivos á la operación, son mucho mayores.

4º El tiempo que se necesita para la curación es más largo.

5º El raspado con la cucharilla da con más frecuencia lugar á los serios accidentes de que hemos hablado anteriormente; y

6º Son más frecuentes los accidentes infecciosos tardíos, los cuales son de fatales consecuencias, á saber: las supuraciones pelvianas y la *flegmasia alba dolens*. Estos accidentes tardíos no se observan nunca después del *curage*.

CONCLUSIONES

1º— El *curage* es una operación muy importante y necesaria en los casos en que la placenta después de un aborto, queda adherida á la cavidad del útero y en los que por esta circunstancia se principien á observar fenómenos de septicemia.

2º— No da lugar á hemorragias ni accidentes sépticos.

3º— La curación se hace en pocos días, no observándose después de la intervención, elevación de temperatura.

4º— Los cuidados consecutivos que hay que dar á la enferma, son relativamente escasos.

5º— No se observan accidentes infecciosos tardíos.

6º— Permite al operador darse cuenta exacta de lo que pasa en la cavidad uterina.

OBSERVACIONES

Los datos que nos han servido para las observaciones que vienen á continuación, han sido tomados del "Boletín Clínico de Partos," libro que se lleva en el servicio de la Maternidad del Hospital General, á cargo del Doctor don Juan J. Ortega.

Observación número 1.

Aborto de dos meses.— Retención de la placenta.— Curage.—Tipo de caída definitiva.

N. N. entró el día 2 de junio de este año á la Sala de Maternidad del Hospital General, es de 21 años, bien constituida, de oficio sirviente. Sus antecedentes fisiológicos son buenos; en cuanto á los patológicos, no hay ninguno; ha sido bien reglada y es de conformación pelviana normal, ha tenido anteriormente un parto á término y un aborto de dos meses.

Manifiesta que momentos antes de su ingreso á la casa ha abortado.

Se presume que el aborto ha sido de dos meses, pues la última aparición de sus reglas fué á fines del mes de marzo.

Al tacto se encontró que el cuello estaba ligeramente dilatado y las cavidads vaginal y uterina llenas de coágulos sanguíneos, habiendo en esta última, retención de placenta y membranas.

Se hizo la antisepsia de los órganos genitales y se practicó una inyección intra-uterina caliente con el objeto de ver si se producían contracciones uterinas que dieran lugar al desprendimiento y á la expulsión de la placenta, lo cual no se verificó. Al día siguiente la temperatura se eleva, sin duda por los continuos tocamientos de que había sido objeto fuera del establecimiento.

En vista de tales circunstancias, se procedió este mismo día 3, á practicar el *curage*, previa cloroformización; después de extraído todo el contenido de la cavidad, se hizo un lavado de la misma y se colocó una gasa yodoformada, cubriendo con algodón los órganos genitales externos.

Al día siguiente que la enferma se sintió muy bien se extrajo la gasa y se hizo un nuevo lavado; no hubo elevación de la temperatura durante todo el tiempo de la enfermedad que fué de diez días, al cabo de los cuales estaba curada.

Observación número 2.

Aborto de 3 meses por Tuberculosis.—Retención de placenta (atrofiada).—Curage.—Tipo de caída definitiva.

N. N. de 25 años, sirviente, entró al 1er Servicio de Medicina el 26 de abril de este año á curarse de tuberculosis pulmonar 2º período; del examen que se le hizo, resultó que estaba embarazada de tres meses. Se trató de combatir la enfermedad que la llevaba al Establecimiento.

El día 31 de mayo á las cuatro de la mañana, aparecieron dolores de parto, y á pesar de los cuidados que se le prodigaron para detener el desenlace, abortó ese mismo día á las 10 a. m., habiendo quedado retenida la placenta en la cavidad uterina.

Trasladada inmediatamente la enferma á la Sala de Maternidad, se le hizo acto continuo, un examen habiendo resultado ser una mujer de muy débil constitución, puesto que padecía de tuberculosis. La conformación de la pelvis era normal, su menstruación había sido siempre buena. Manifestó haber tenido dos partos á término y otro, el anterior á los 3 meses.

Al tacto se notó el cuello ligeramente reblandecido y dilatado y la placenta adherida á las paredes del útero.

Se procedió inmediatamente á cloroformizar á la enferma y previa antisepsia de los órganos genitales externos é internos, se hizo el *curage* lo que permitió la extracción de la placenta, atrofiada. Se hizo un lavado intra-uterino y se colocó la gasa de la cavidad, con lo que terminó la operación.

Los días siguientes no hubo elevación de temperatura, ni accidentes y complicaciones de ninguna especie, habiendo curado la enferma en pocos días; salió el día 6 de mayo, en estado satisfactorio.

Observación número 3.

Aborto de 5 meses por sífilis.—Retención de la placenta. Curage seguido de lavados intra-uterinos.—Tipo de caída progresiva.

N. N. de 36 años de edad, sirviente, entró al Servicio de la Maternidad el día 5 de marzo del año pasado, quejándose de que desde la víspera en la noche había empezado á sentir dolores de parto.

Antecedentes fisiológicos, buenos. Patológicos, sífilis.

De buena constitución, bien reglada, multípara y de conformación de pelvis normal. Presume que su embarazo data del mes de octubre del año anterior.

No fué posible detener el aborto, el cual se verificó el mismo día de su ingreso. Quedó retenida la placenta.

Se optó por la expectación antes de proceder y recurriendo á los lavados antisépticos; al día siguiente aparecen síntomas de fiebre puerperal.

Inmediatamente se procedió á la extracción de la placenta y después de haber raspado la mucosa uterina con la uña, se hizo una irrigación intra-uterina caliente, se colocó la gasa en la cavidad y se terminó la operación.

En la tarde la temperatura era de 39°2, nuevo lavado intra-uterino.

El 8.— 38°6 por la mañana y 39° por la tarde. Dos lavados.

El 9.— 37°5 en la mañana y 38°8 en la tarde. Dos lavados.

El 10.— 37°5 en la mañana y 38° en la tarde. Dos lavados.

El 11.— 37° en la mañana y 37°5 en la tarde. Un lavado en la mañana.

El 12.— 37° en la mañana y 37°3 en la tarde. Un lavado temprano, habiéndose retirado la mecha. A partir de este día, la temperatura fué normal.

La enferma salió curada el 15 de marzo.

Observación número 4.

Aborto de 4 meses por paludismo.—Retención de la placenta.—Fiebre puerperal.—Curage seguido de raspado con la cucharilla.—Tipo ascendente.

N. N. de 30 años, sirviente, ingresó á la Maternidad del Hospital General, el día 3 de julio del año pasado, procedente de Petapa.

Sus antecedentes fisiológicos, son buenos; patológicos, nulos; bien constituida, bien reglada y de pelvis normal; es multípara, habiendo llegado siempre al término del embarazo con felicidad.

Manifestó que tres días antes de su llegada al Establecimiento, había abortado no sabiendo cuál era la causa.

Estaba pálida, cubierta de sudor, con el pulso frecuente y pequeño y la respiración anhelante.—Temperatura 38°5.

Haciendo el tacto, se encontró que el útero estaba lleno por la placenta y la vagina por coágulos sanguíneos que despedían un olor desagradable.

En vista de los síntomas mencionados que indicaban que la infección había empezado su curso, se procedió inmediatamente á desinfectar los órganos en cuestión, y previa anestesia, á practicar el *curage;* después de extraída la placenta, se hizo una gran irrigación intra-uterina y se colocó una gasa en la cavidad.

En la tarde la temperatura era de 38°5. Nueva irrigación.

El 4.—Por la mañana 38° por la tarde 39°5. Dos lavados.—Inyecciones de quinina.

El 5.—Por la mañana 38°8; por la tarde 40°. Dos lavados—Quinina.

El 6.—Por la mañana 39°—En vista de la marcha que seguía la infección, la cual cada día presentaba síntomas más alarmantes, se hizo ese mismo día un raspado con la cucharilla, con lo cual la temperatura fué descendiendo paulatinamente.

El día 11 del mismo, á pesar de no estar la enferma en buen estado, exigió su alta y se retiró.

BIBLIOGRAFÍA

A. Pinard y V. Wallich.— Tratamiento de la infección puerperal.

Tarnier y Budin.— Tratado de partos.

Ribemont Dessaignes y G. Lepage.— Tratado de Obstetricia.

S. Pozzi.— Ginecología.

Stephane Bonnet y Paul Petit.— Tratado práctico de Ginecología.

J. Duncan.— Mecanismo del parto.

PROPOSICIONES

Física Médica.— Ventosas.

Zoología.— Anquilóstomo duodenal.

Botánica.— Laurus camphora.

Anatomía.— La del útero.

Fisiología.— La del sudor.

Química inorgánica.— Nitrato de plata.

Química orgánica.— Eter sulfúrico.

Patología general.— Génesis de los tumores.

Patología externa.— Quiste del ovario.

Patología interna.— Pielonefritis.

Medicina operatoria.— Isquio-pubiotomía.

Clínica Quirúrgica.— Origen de los flegmones de la fosa iliaca.

Clínica Médica.— Auscultación de las venas.

Higiene.— Del embarazo.

Obstetricia.— Pelvis oblicua ovalada.

Medicina Legal.— Aborto criminal.

Terapéutica.— Hidrato de cloral.

Toxicología.— Envenenamiento por el plomo.

Farmacia.— Extractos alcohólicos.